

Taylorred Counseling, LLC.

SOLICITUD DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SAP)

Yo, _____, confirmo que Melvin Taylor es mi profesional asignado para el tratamiento del abuso de sustancias (SAP, por sus siglas en inglés) y además reconozco y me obligo a lo siguiente:

El SAP brindará una valoración presencial completa y una evaluación clínica. El profesional SAP recomendará un plan de tratamiento y/o entrenamiento que he de seguir satisfactoriamente. El profesional SAP realizará una evaluación de seguimiento antes de mi reincorporación a labores sensibles en el tema de seguridad. El SAP también hará recomendaciones respecto a mi plan de cuidado posterior, que incluye un esquema para efectuar pruebas de seguimiento.

En Taylorred Counseling nos comprometemos a ofrecer sesiones de consejería de alta calidad, ajustadas a sus necesidades y requisitos. Nuestro objetivo es asegurarnos de que cada cliente reciba valor y satisfacción a cambio de su inversión en nuestros servicios. Desde septiembre 2023, y para mantener la transparencia y calidad en nuestras prácticas comerciales, establecimos la siguiente política:

- **No hay reembolsos:** Ningún pago por concepto de sesiones o servicios de consejería es reembolsable. Todo pago se considera definitivo e irreversible.*

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y EXONERACIÓN

El Cliente autoriza a Taylorred Counseling a proporcionar todas las evaluaciones e informes, así como a conservar los expedientes del proceso de tratamiento del abuso de sustancias a nombre del cliente, y lo exonera de cualquier responsabilidad relacionada, hasta que el cliente mismo retire tal consentimiento por escrito a Taylorred Counseling. Si el empleador no incluye en su política cubrir los servicios de evaluación para el tratamiento de abuso de sustancias, el Cliente será financieramente responsable de todos los gastos derivados del tratamiento y/o entrenamiento recomendados por el profesional SAP.

Autorizo y exonero de responsabilidad a Taylorred Counseling, en su función como mi profesional para el tratamiento de abuso de sustancias (SAP), a divulgar información pertinente de mi caso, específicamente como lo indico más adelante, incluyendo mis datos de identificación. Otra información cuya divulgación autorizo a Taylorred Counseling, siguiendo las normas del Departamento de Transporte (DOT), incluye:

1. La violación por mi parte de las normas del Departamento de Transporte (DOT) – conductas prohibidas
2. Los resultados de mis pruebas de alcohol y estupefacientes
3. El resumen de mi plan de tratamiento, elaborado por el profesional para el tratamiento del abuso de sustancias (SAP)
4. La valoración, evaluación y plan de tratamiento diseñado por el profesional SAP
5. Información de diagnóstico, si aplica
6. Informes de avance del tratamiento

**Taylorred Counseling se reserva el derecho de modificar esta política en cualquier momento. Todo cambio se comunicará a los clientes por correo electrónico o a través de nuestra web oficial. Al contratar los servicios de consejería de Taylorred Counseling, el cliente reconoce y acepta las condiciones establecidas en esta política de no reembolso. Si tiene preguntas al respecto, por favor contáctenos al (480) 559-8855.*

Taylorred Counseling, LLC.

La información pertinente en cuanto al tratamiento del abuso de sustancias y el proceso de reincorporación a labores podrá divulgarse a:

- Representante designado por el empleador (DER): _____
- Atención médica administrada, aseguradora, HMO: _____
- Proveedor de tratamiento o entrenamiento: _____
- Revisor médico (MRO): _____
- Supervisor: _____
- C/TPA: _____
- EAP: _____
- Otro: _____

Tal información se divulga para cumplir con los requisitos estipulados por el Departamento de Transporte para la realización de la prueba de alcohol y estupefacientes antes de la reincorporación a labores y de permitirle desempeñar labores delicadas en cuanto a seguridad.

Entiendo que mi expediente está protegido por la Ley Federal de Confidencialidad de los Registros del Consumo de Alcohol y Estupefacientes de los Pacientes (*Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Part 2*), y no podrá ser divulgado sin mi consentimiento por escrito a entidades distintas a las que señalé anteriormente, a menos que la ley o las normas del DOT así lo estipulen.

Autorización para la conservación de documentos: Taylorred Counseling, en tanto profesional para el tratamiento del abuso de sustancias (SAP), cuenta con mi autorización para mantener y conservar la documentación completa de todos los casos de SAP mediante notas de caso completas y detalladas y formularios personalizados de conformidad con esta declaración de autorización y exoneración

La divulgación legítima de expedientes se permite en las siguientes condiciones: Si el Cliente representa un peligro claro e inminente para sí mismo o los demás; si se sospecha o conoce de negligencia o abuso infantil; si existe una orden judicial para la divulgación de la historia clínica; si el profesional SAP busca asesoría médica o legal; si se requiere al profesional SAP revelar el expediente representantes del Departamento de Transporte y/o representantes del Comité Nacional de Seguridad en el Transporte durante la investigación de un accidente.

Yo, _____, he recibido y comprendido esta información.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Taylorred Counseling, LLC.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:	No. de Seguridad Social:

INFORMACIÓN DE LA INFRACCIÓN		
¿Cuál fue la infracción?		
Fecha del incidente:		
Prueba positiva para: (Marque la(s) respuesta(s) que aplique(n))		
<input type="checkbox"/>	Alcohol	Nivel:
<input type="checkbox"/>	Estupefacientes	Qué tipo:

MOTIVO PARA LA PRUEBA			
<input type="checkbox"/>	Pre-empleo	<input type="checkbox"/>	Administración Federal de la Seguridad de Transporte Automotriz (FMCSA en inglés)
<input type="checkbox"/>	Post-Accidente	<input type="checkbox"/>	Administración Federal de Ferrocarriles (FRA en inglés)
<input type="checkbox"/>	Aleatoria	<input type="checkbox"/>	Administración Federal de Tránsito (FTA en inglés)
<input type="checkbox"/>	Sospecha razonable	<input type="checkbox"/>	Administración Federal de Aviación (FAA en inglés)
<input type="checkbox"/>	Reincorporación a labores	<input type="checkbox"/>	Administración de Seguridad de Materiales Peligrosos y Tuberías (PHMSA en inglés)
<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Guardia Costera de los Estados Unidos (USCG)

Taylorred Counseling, LLC.

THE MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST (MAST)

<i>Por favor marque Sí o No según aplique</i>	Sí	No
1. ¿Se considera un bebedor normal? (Bebe tanto o menos que la mayor parte de la gente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez se ha despertado por la mañana después de beber la noche anterior sin poder recordar parte de lo ocurrido esa noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su cónyuge, padre o madre o algún otro pariente se han preocupado o quejado alguna vez por la forma en la que usted bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos copas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por lo que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sus amigos o familiares lo consideran un bebedor normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Es capaz de dejar de beber cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha asistido en alguna ocasión a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez se ha involucrado en altercados físicos cuando ha bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas con su pareja, padres u otro familiar a causa de la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha perdido amigos a causa de la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez ha tenido problemas en el trabajo o escuela a causa de la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo a causa de la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez ha desatendido sus obligaciones, su familia o su trabajo por más de dos días consecutivos por estar bebiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Bebe con frecuencia antes del mediodía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Le han diagnosticado algún problema de hígado, por ejemplo, cirrosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taylorred Counseling, LLC.

THE MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST (MAST) (cont.)

	Sí	No
17. ¿Alguna vez, tras consumir mucho alcohol, ha tenido <i>Delirium Tremens</i> , temblores, o ha escuchado voces o tenido alucinaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha solicitado ayuda en relación con su bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha estado ingresado como paciente en algún hospital o pabellón psiquiátrico por una causa relacionada en parte con la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha acudido a alguna clínica psiquiátrica o de salud mental, doctor, trabajador social o clérigo buscando ayuda para un problema emocional causado en parte por la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez ha sido arrestado por manejar en estado de ebriedad, intoxicación o bajo la influencia de bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Alguna vez ha sido arrestado o detenido, incluso unas pocas horas, debido a otras conductas relacionadas con el alcohol? (En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS

Por favor responda cada pregunta siguiendo estas instrucciones:

- Si el enunciado aplica en su mayoría a usted, marque la columna **V**
- Si el enunciado no aplica en su mayoría a usted, marque la columna **F**

No hay respuestas correctas o incorrectas. Responda teniendo en cuenta cómo se siente.

	V	F
1. La gente sabe que puede contar conmigo para resolver problemas.		
2. La mayoría de la gente comete algunos errores en su vida.		
3. Suelo "seguir la corriente" y hacer lo que otros hacen.		
4. Nunca he tenido problemas con la policía.		
5. Siempre me porté bien en la escuela.		
6. Me gusta ser espontáneo.		
7. No he vivido mi vida como debería haberla vivido.		
8. Puedo ser amigable con personas que hacen muchas cosas indebidas.		
9. No me gusta estar sentado y soñar despierto.		
10. Nadie me ha criticado o castigado nunca.		
11. A veces me cuesta quedarme quieto.		
12. A la gente le iría mejor si escuchara mis consejos.		
13. A veces me siento agotado sin motivo.		
14. Soy una persona inquieta.		
15. Es mejor no hablar sobre los problemas personales.		
16. He tenido días, semanas o meses en los que no he hecho mucho porque sencillamente no sentía ganas.		
17. Soy muy respetuoso de la autoridad.		
18. Ideo buenas estrategias.		

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS (cont.)

	V	F
19. Me he sentido tentado a abandonar mi hogar.		
20. A menudo siento que los desconocidos me miran con desaprobación.		
21. Otras personas se desmoronarían si tuvieran que lidiar con lo que yo lidio.		
22. He evitado a gente con la que no quiero hablar.		
23. Algunos pillos son tan astutos que me gustaría que se salieran con la suya.		
24. En la escuela, mis profesores tuvieron algunos problemas conmigo.		
25. Nunca he hecho nada peligroso solo por divertirme.		
26. Necesito tener algo que hacer para no aburrirme.		
27. A veces he bebido de más.		
28. Una buena parte de mi vida no es interesante.		
29. A veces quisiera poder controlarme mejor.		
30. Creo que en ocasiones la gente se confunde.		
31. A veces no soy bueno para nada.		
32. Infrinjo la ley más que los demás.		
33. Si me meto en problemas con amigos, prefiero asumir toda la culpa antes de delatarlos.		
34. Llorar no sirve de nada.		
35. Creo que mi memoria falla.		
36. Algunas veces he estado tentado a pegarle a alguien.		
37. La mayor parte de la gente mentiría para conseguir lo que desea.		
38. Siempre me siento seguro de mí mismo.		
39. Nunca he quebrantado una ley importante.		
40. Ha habido ocasiones en las que he hecho cosas que no puedo recordar después		

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS (cont.)

	V	F
41. Pienso cuidadosamente cada uno de mis actos.		
42. He bebido mucho alcohol o fumado mucha marihuana, o lo he hecho muy seguido.		
43. A casi todo el mundo le gusta que lo molesten y se rían de él.		
44. Me gusta seguir la ley.		
45. Suelo hacer listas de las cosas que tengo que hacer.		
46. Considero que conozco a varia gente indeseable.		
47. La mayoría de la gente se ríe de bromas de vez en cuando.		
48. Casi nunca me han castigado.		
49. Consumo tabaco con regularidad.		
50. A veces me he sentido con tanta energía que no he sentido la necesidad de dormir por varios días.		
51. En ocasiones no he hecho nada cuando debía estar trabajando.		
52. Suelo albergar resentimientos.		
53. Me tomo todas mis responsabilidades en serio.		
54. Casi siempre bebo o consumo estupefacientes fuera de casa.		
55. Me he dado un trago apenas me despierto para controlar mis nervios o deshacerme de la resaca.		
56. Empecé a beber o a usar otras drogas con frecuencia en mi adolescencia.		
57. Uno de mis padres es/era bebía o consumía drogas en exceso.		
58. Tiendo a meterme en problemas cuando bebo o consumo estupefacientes.		
59. La forma en la que bebo o consumo otras drogas me genera problemas con mi familia.		
60. Me cuesta realizar nuevas actividades si no puedo beber o consumir estupefacientes cuando quiero hacerlo.		
61. Uso frecuentemente antiácidos o medicamentos para la digestión que no requieren fórmula médica.		
62. Nunca he sentido tristeza por ningún motivo.		

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS (cont.)

	V	F
63. He desatendido mis obligaciones con mi familia o trabajo debido a mi consumo de alcohol u otras drogas.		
64. En general soy feliz.		
65. Soy bueno para adivinar la trama en historias de espionaje o crimen mucho antes del final.		
66. He deseado poder beber menos o consumir menos drogas.		
67. Bebo o uso drogas compulsivamente.		
68. Suelo consumir bebidas energizantes u otros productos de venta libre para tener energía para todo el día.		
69. Soy reacio a contarle a los doctores que me ven sobre los medicamentos que uso.		
70. Los doctores que me ven no me han prescrito suficientes medicamentos para obtener el alivio que necesito.		
71. Sé que mi consumo de alcohol o drogas está agravando mis problemas.		
72. He desarrollado tolerancia al alcohol, drogas o medicamentos que he estado usando.		
73. He notado que mi consumo de alcohol o drogas ha aumentado con el tiempo.		
74. Me he sentido preocupado por los hábitos de consumo de alcohol o drogas de mis padres.		

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS (cont.)

Para cada elemento a continuación, seleccione el número que refleja la frecuencia con la que ha experimentado la situación descrita en los últimos 12 meses usando esta guía:

- Nunca = 0
- Algunas veces = 1
- Varias veces = 2
- Repetidamente = 3

Por bebidas y beber se entiende cualquier tipo de alcohol (cerveza, vino, licores fuertes, etc.)

FVA	0	1	2	3
1. Ha acompañado su almuerzo con bebidas (cerveza, vino, licor)				
2. Ha tomado uno o varios tragos para ayudarse a hablar sobre sus sentimientos o ideas				
3. Ha tomado uno o varios tragos para superar el cansancio u obtener energía para continuar				
4. Ha bebido más de lo que se propuso				
5. Ha tenido problemas físicos después de beber (p.ej., náusea, problemas de vista u oído, mareos, etc.)				
6. Ha tenido problemas en el trabajo, la escuela o con la ley a causa de la bebida				
7. Se ha deprimido una vez recupera la sobriedad				
8. Ha discutido con su familia o amigos a causa de la bebida				
9. Después de no beber por un tiempo ha vuelto a sentir los efectos del alcohol (como recuerdos repentinos, alucinaciones, etc.)				
10. Ha tenido problemas en sus relaciones a causa de la bebida (como perder amistades, separaciones, divorcios, etc.)				
11. Se ha sentido nervioso o ha tenido temblores después de haber tenido una borrachera				
12. Ha intentado quitarse la vida mientras estaba ebrio				
13. Ha sentido el deseo de consumir una droga en especial				

Taylorred Counseling, LLC.

FORMULARIO S.A.S.S.I-4 PARA ADULTOS (cont.)

Para cada elemento a continuación, seleccione el número que refleja la frecuencia con la que ha experimentado la situación descrita en los últimos 12 meses usando esta guía:

- Nunca = 0
- Algunas veces = 1
- Varias veces = 2
- Repetidamente = 3

El término “uso indebido” se refiere a tomar medicamentos en cantidades superiores a las indicadas, por más tiempo del indicado o que no han sido indicados para usted. Por “drogas” se entienden sustancias como marihuana, cocaína, metanfetaminas, heroína, etc.

FVOD	0	1	2	3
Ha usado medicamentos indebidamente o ha consumido drogas para mejorar su forma de pensar y de sentir				
Ha usado medicamentos indebidamente o ha consumido drogas para sentirme mejor respecto a algún problema				
Ha usado medicamentos indebidamente para estar más consciente de sus sentidos (vista, oído, tacto, etc.)				
Ha usado medicamentos indebidamente o ha consumido drogas para aumentar su placer sexual				
Ha usado medicamentos indebidamente o ha consumido drogas para olvidar que se siente inútil y sin valor				
Ha usado medicamentos indebidamente o ha consumido drogas para olvidar las presiones de la escuela, el trabajo o la familia				
Ha tenido problemas en el hogar, el trabajo o con la policía debido a actividades relacionadas con drogas o medicamentos				
Se ha sentido muy drogado o excesivamente intoxicado (más que simplemente exaltado) tras consumir drogas				
Ha intentado obtener algún medicamento de venta bajo prescripción (como tranquilizantes, analgésicos, calmantes, medicinas para el sueño, etc.)				
Dedica su tiempo libre a actividades relacionadas con las drogas (como hablar de ellas, comprarlas, venderlas, consumirlas, etc.)				
Ha usado drogas o medicamentos y alcohol al mismo tiempo				
Ha seguido tomando medicamentos o drogas para evitar el dolor o mantener la abstinencia				

Taylorred Counseling, LLC.

THE S.A.S.S.I-4 ADULT FORM (cont.)

FVOD	0	1	2	3
Ha sentido que el uso indebido de medicamentos, alcohol o drogas le ha impedido obtener lo que desea de la vida				
Tomó una dosis superior u otros medicamentos a los indicados por su médico para obtener el alivio que buscaba				
Usó medicamentos suministrados bajo prescripción que no habían sido prescritos para usted				
Su médico le negó una solicitud de medicamentos que necesitaba				
Fue aceptado en un programa de tratamiento debido al uso indebido de medicamentos, alcohol o drogas				
Realizó actividades que pudieron ser físicamente peligrosas durante o después de consumir drogas o medicamentos				

Último grado obtenido: -Seleccionar	Situación laboral: -Select-
Origen étnico: -Select-	Estado civil: -Select-
No. de personas en su hogar:	Ingreso neto familiar semanal: -Select-